

混合外科病棟における転倒・転落事故防止に向けての取り組み

—カンファレンスの導入とインシデントレポートの分析結果より—

中3病棟 ○嶋田美由紀 古庄富美子 山根理恵子

key word: 転倒・転落、転倒リスクの予見
インシデントレポート、カンファレンス

はじめに

中3病棟は混合病棟であり、泌尿器科・眼科の占める割合が多いことから一般に転倒・転落リスクが高いといわれている高齢者・男性・視力、聴力障害・筋力低下・排泄障害を有する入院患者が多い。また、2002年10月より外科の入院患者を受け入れており、患者の健康レベル、治療内容が多彩となってきた。入院期間が短期間で、入退院が多いことと混合外科であることから、一人一人の看護師がアセスメントをして事故防止をしていくためには、組織的に情報を共有しスタッフ全体で取り組んでいかなくてはならないと考えた。そこで、事故防止グループを中心に病棟全体で取り組んだことをまとめることで、今後継続していくことの示唆を得たので報告する。

1. 研究目的

1. 転倒・転落事故の現状調査を行い、要因分析を行うことで混合外科病棟の事故の特徴・看護介入上の問題を明らかにする。
2. 転倒・転落事故防止をするために必要な取り組みを明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究期間

2003年5月16日～11月30日

2. 対象

2003年5月16日～8月31日に転倒・転落した患者とこの期間に実施したカンファレンスで転倒リスクの予見がなされた患者および中3病棟で勤務する看護師21名

3. 方法

- (1) 研究期間に毎週金曜日にカンファレンスを行い、転倒リスクの予見のある患者をリストアップし防止対策を検討する。検討結果は管理日誌に記載する。
- (2) 転倒・転落した患者のインシデントレポート・入院カルテ・カンファレンスノートをも

とに事故の要因を分析する。

(3) 転倒・転落事故防止に関する看護師の認識を独自に作成した自記式アンケートを用いて調査する。

4. 倫理的配慮

対象となる患者は、個人が特定されることがないように名前を明記せず分析する。また、看護師に対しては、無記名でアンケート調査を行い個人が特定されないこと、研究以外には情報を活用しないことを伝え協力を得た。

III. 結果・考察

1. 混合外科病棟における転倒・転落事故の特徴について

今年度の取り組みとして、スタッフ全員が情報を共有し転倒リスクの予見をしていくことを目指して毎週金曜日にカンファレンスを実施した。2003年5月16日～8月31日までに実施した回数は16回であり、転倒リスクの予見があるとされた患者は述べ67名だった。またこの期間に転倒・転落した患者は12名で表1に示すとおりであった。

今回転倒した12人中7人が排泄しようとし転倒している。泌尿器科疾患や高齢者は夜間頻尿であることが多いが、運動機能は低下し、眠剤使用によりさらに転倒リスクは高い。患者Bは、夜間不眠を訴え、眠剤を追加したほうがいいのか、起き上がって転倒する可能性もありこのまま様子を見たほうがいいのか迷った症例であった。結果的に眠剤を追加し、対策としてベッド4柵行おうとしたが、本人の強い希望で3柵しかできなかった。看護師は頻回に訪室していたが、転倒してしまった。老年期の心理の特徴として「かたくなさ」「柔軟性の乏しさ」「偏狭さ」などがあり、排泄時は、ブザーで呼んでもらうなどの協力が得られにくい。看護者としては、患者の気持ちを尊重しながら、飲水指導や点滴管理を行い、患者だけでなく、時には家族の協力を得、援助していく必要がある。70歳未満のうち、婦人科疾患の患者は3人おり、壮年期の特徴として自分のことは何でも自分でしたい、他人に迷惑をかけたくないという思いが強い。

表 1 転倒・転落した患者の背景

患者	年齢	性別	疾患名	勤務帯 (①深夜②日勤③準夜)	行動の目的	危険度 (*)	リスク予見の有無
A	63	男	肝臓・アルコール中毒	①	飲水	Ⅱ	有
B	78	男	前立腺癌	①	排泄	Ⅲ	有
C	53	女	卵巣癌	②	排泄	Ⅱ	有
D	84	男	前立腺癌・痴呆	①	不明	Ⅲ	有
E	54	女	卵巣癌	①	引膳	Ⅱ	有
F	54	女	卵巣癌	③	排泄	Ⅱ	有
G	71	女	骨盤内腫瘍	①	排泄	Ⅱ	有
H	89	女	ポリープ病・変形性関節症	①	排泄	Ⅲ	無
I	66	女	肝門部癌・末期腎不全	③	寝返り	I	無
J	61	女	白内障	②	排泄	I	無
K	69	男	尿道腫瘍	②	検査移動	Ⅱ	無
L	67	男	膀胱癌	①	排泄	Ⅱ	無

*危険度：日本看護協会が横浜市民病院内作成より一部改変して掲載したもの

【危険度Ⅰ】転倒・転落を起こす可能性がある 【危険度Ⅱ】転倒・転落を起こしやすい 【危険度Ⅲ】転倒・転落を良く起こす

医療者側の働きかけとしてそのような患者の思いを十分に理解しているという姿勢を持ちながら、訪室時には排尿を促したりナースコールを押してもらったほうが患者の危険を回避でき安心できることを伝えていき、信頼関係を築いていくことが必要である。

転倒した患者を治療の点から考えると、婦人科疾患で腹水が貯留し、化学療法をする患者にも転倒リスクがあることがわかる。腹水貯留により体動制限が出現し、また化学療法を行うことにより体力や筋力が低下し、リスクが高くなっている。

患者 H は、入院時の情報から転倒リスクが高いという予見ができておらず、転倒した事例であった。また、患者 J は、マンニトール投与後に転倒した症例であった。これは看護師が薬の副作用を知らず観察が十分できていないことが原因であった。患者 A・B・D は、眠剤を追加投与した際に転倒した症例で、それぞれの眠剤の特徴をもっと学習していたら、アセスメントができていたのではないかと考えられる。植原は転倒・転落事故防止にはアセスメントが重要であり、アセスメントの不足が具体的な対策に至らず、事故を招いていると述べている⁽⁴⁾。その後、担当の薬剤師より、眠剤についての学習会を開いてもらいスタッフ間で知識を共有した。今後看護師の知識不足に誘因するような転倒事

故が起こらないように、スタッフ間で意識を高め学習していかなければならない。小島は法的には、看護職は看護職の業務である療養上の世話をその時代の看護水準を基準にして行う業務がある。また、個々の業務について危険な結果を予見し回避するための具体的な知識技術を日々新たに学び身につける必要があると述べている⁽²⁾。医師や薬剤師などの関連部門と連携を図りながら、知識や技術を修得していく必要がある。

患者 I の危険度はⅠであったがベッド柵が一方にしか設置されていなかったために起こった事例であった。毎日の環境整備時や、夜間の巡視時にベッド柵の確認をするようにしているが十分に徹底していない。患者自身がはずしていることもあるため、入院時に具体的な説明が必要である。また、ベッド柵の全体数や、長さ、ベッドの機種上全柵のものがあるなど備品管理上の問題は早急に対処する必要がある。

転倒リスクの高い患者に対しては、ベッド柵を3柵から4柵に増やしたり、患者自身が移動時にナースコールで知らせないことが予測される場合は、鈴を設置するといった対策をとっている。このような対策をとる場合は、患者の安全を確保するためではあるが、ある意味で行動抑制となり患者の人権にもかかわる問題でもあるため十分なインフォームドコンセントが必要

である。

患者 G は転倒リスクが高くカンファレンスで検討してナースステーションの前の部屋に移動した日に転倒している。患者はトイレに近くなったために一人で移動した結果だった。患者にとって安全と思われる環境を準備したことで安心するのではなく、患者心理の根底にある「自分のことは自分でしたい」というニーズを尊重しながらインフォームドコンセントを十分に行う必要がある。

転倒した場所に着目すると、ほとんどが病室や廊下である。中病棟は、特に病室が狭くベッド周囲のスペースが十分ではない。このため、もし患者が転倒した場合に障害が少しでも緩和できるように、ベッド周囲の整備や廊下に不必要なものを置かないなどの注意が必要である。

2. アンケートの結果・考察

転倒・転落事故防止に向けてカンファレンスを実施してきたが、その情報を看護師がどのように活用しているのか等を把握する目的でアンケートを実施した。アンケートの回収数は、17枚で回収率は81%であった。各質問項目に対する結果は以下の通りであった。

(1)カンファレンスで転倒リスクの高い患者をリストアップしているが、あなたはそれを念頭に入れて看護していますか？

はい：17 (100%) いいえ：0

(2)リストアップされた患者にかかわる時どういう点に注意していますか？

- ・ トイレに行くときは知らせてもらう：15 (88.2%)
- ・ ブザーを手元に置く：10 (58.8%)
- ・ 頻回に訪室する：9 (52.9%)
- ・ ベッド柵を4柵にする：5 (29.4%)

(3)カンファレンスは必要ですか？

必要：14 (82.4%) どちらでも良い：1
NA：2

転倒・転落事故に焦点を絞ったカンファレンスを実施することで、看護師はその情報を活用しながら看護介入していることがわかった。アンケートの中には「他チームの患者の情報収集の場になっている」「夜勤で他チームの患者のナースコール対応時に役立ち、わかりやすい」「できるだけ多くのスタッフで話し合いの場を持ったほうが意識が高まる」などの記載があった。これらの結果より、カンファレンスで情報を共有しあうことで転倒リスクの予見がしやすくなっていることがわかる。転倒・転落は内的・外的要因が関連して発生し、予測を立てて対処することが大切であるといわれている。カンファ

レンスでリスクの予見とその患者に応じた対策を立案すること、またそのことを看護計画に立案し記載すること、そしてチーム全体が一括して情報を共有できるように記載し申し送ることを今後も定着させていくことが必要と考える。

IV. 結論

混合外科病棟の転倒・転落事故の特徴として以下のことが明らかになった。

1. 高齢で泌尿器科疾患を持ち、夜間の排尿があり、眠剤を服用している患者は危険度が高く転倒しやすい。
2. 婦人科で腹水貯留し、検査・化学療法をしている患者は50歳代でも転倒しやすい。
3. 転倒のリスク予見をしていても、看護師は対策が十分に立案できず予防できないことがある。
4. 入院期間が短く、1日の入退院数が多いことで看護師は患者の対象把握・アセスメントがしにくく防止のための取り組みができないことがある。

このような特徴をふまえて転倒・転落事故防止をするために以下のことに取り組んで行きたいと考える。

1. 患者一人一人の転倒・転落リスクの情報を共有していくためにカンファレンスを実施していく。カンファレンスは看護師が対象をアセスメントしていくための教育の場や情報を共有する場となる。
2. 看護師は転倒・転落の事例を分析して必要な知識・技術を修得していく。必要に応じて関連部門である医師・薬剤師との連携を図る。
3. 患者・家族へのインフォームド・コンセントを十分に行い、患者心理をふまえた上での援助を行う。

今回の研究では、症例数が少なく十分な分析ができていない。

【引用文献】

- (1)植原美恵：転倒・転落事故，月刊ナーシング，20(5)，p.93，2000
- (2)小島通代：看護事故予防と看護管理者の責任，看護展望，24(10)，p.1090-1096，1999

【参考文献】

- (1)レイン・ティディクサー：高齢者の転倒，メディカ出版，2001
- (2)中島紀恵子他：老年看護学，医学書院，1997